



Experiências Traumáticas Psicopatia  
e Estados Emocionais Negativos  
Numa amostra de indivíduos privados de liberdade

CRISTINA MARIA FERREIRA BASÍLIO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de

Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Auxiliar

Coimbra, outubro de 2016

*“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo – é fundamental.*

*Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é preciso ainda mais!”*

***Antoine de Saint-Exupéry***

## Resumo

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é analisar as versões portuguesas do Questionário de Experiências Traumáticas (TEC), da Escala de Psicopatia de Levenson (LSRP) e da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21), numa amostra de indivíduos privados de liberdade e investigar se existe correlação entre Experiências Traumáticas, Psicopatia e a presença de dimensões de psicopatologia sintomática de depressão, ansiedade e stress.

**Método:** Neste estudo de cariz exploratório, correlacional, partindo de uma amostra de conveniência, participaram 101 indivíduos privados de liberdade, tendo-se procedido a uma análise fatorial dos instrumentos de avaliação utilizados, e uma análise de correlações entre experiências traumáticas, psicopatia e sintomas depressivos, sintomas ansiosos e de stress.

**Resultados:** Os resultados revelaram uma correlação estatisticamente significativa entre as questões que compõem os fatores da psicopatia primária. Obteve-se uma boa consistência interna na dimensão da socialização e, à exceção da abertura para a experiência, as restantes dimensões (extroversão, escrupulosidade, neuroticismo) demonstraram uma aceitável consistência interna, inclusivamente a dimensão total. Na avaliação da psicopatia secundária verificamos que impulsividade é a dimensão que apresenta maior consistência interna, sendo que a baixa tolerância à frustração apresenta uma consistência interna aceitável. A análise fatorial exploratória da TEC revelou-nos uma razoável análise das componentes principais e evidenciou a existência de correlação estatisticamente significativa entre as questões que compõem os fatores da escala. A consistência interna da dimensão total é bastante significativa. A avaliação da consistência interna da DASS, demonstrou-nos que a subescala da depressão apresenta uma boa consistência interna e a subescala do stress e a dimensão total revelaram uma consistência interna razoável. Foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre ansiedade e psicopatia total, correlação entre a dimensão impulsividade da psicopatia secundária com depressão e ansiedade e na dimensão escrupulosidade da psicopatia primária com a depressão e stress.

**Conclusão:** Os resultados deste estudo corroboram a validade das versões portuguesas dos seguintes instrumentos; Questionário de Experiências Traumáticas (TEC) com valores de consistência interna significativos, a Escala de Psicopatia de Levenson (LSRP) com Alfa para a dimensão total de psicopatia e a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21), com boa consistência interna na dimensão total.

Permitindo desta forma alargar a sua utilização a populações masculinas privadas de liberdade.

No que respeita à correlação entre Experiências Traumáticas, Psicopatia, Depressão, Ansiedade e Stress, embora alguns dados tenham ido ao encontro de resultados encontrados na literatura, a pesquisa apresentou resultados não encontrados em estudos anteriores. Desta forma evidencia-se a possibilidade de continuar a realização de novos estudos nesta área e população.

**Palavras-chave:** Experiências Traumáticas, Psicopatia, Depressão, Ansiedade, Stress, Indivíduos Privados de Liberdade

## **Abstract**

**Objective:** The objective of this study is to analyze the Portuguese version of the Traumatic Experiences Checklist (TEC) Depression, the Levenson's Self Report Psychopathy Scale (LSRP) and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), in a sample of individuals deprived of freedom and investigate whether there correlation between Traumatic Experiences, psychopathy and presence of symptomatic psychopathology of depression dimensions, anxiety and stress.

**Method:** In this exploratory nature of the study, participated 101 prisoners, having proceeded to factor analysis he used assessment tools, and an analysis of correlations between traumatic experiences, psychopathy and depressive symptoms, anxiety symptoms and stress.

**Results:** The results revealed a statistically significant correlation between the issues that make up the factors of primary psychopathy obtained a good internal consistency in the dimension of socialization and, except for the opening for the experience, the remaining dimensions (extraversion, conscientiousness, neuroticism) demonstrated an acceptable internal consistency, including the overall size. In the evaluation of secondary psychopathy we found that impulsivity is the dimension that is more of internal consistency, and low frustration tolerance presents an acceptable internal consistency. Exploratory factor analysis of TEC showed us a reasonable analysis of the main components and showed the existence of statistically significant correlation between the issues that make up the factors of scale. The internal consistency of the total size is quite

significant. The internal consistency of the DASS has revealed that the subscale of depression has a good internal consistency and subscale of stress and the overall size reveal a reasonable internal consistency. There was a statistically significant correlation between anxiety and psychopathy full, correlation between impulsivity dimension of secondary psychopathy and depression and anxiety and dimension conscientiousness primary psychopathy with depression and stress.

**Conclusion:** The results of this study confirm the validity of the Portuguese versions of the following instruments; Traumatic Experiences Questionnaire (TEC) with internal consistency values quite significant, the Psychopathy Scale Levenson (LSRP) for the total size of psychopathy and Depression Scale, Anxiety and Stress (DASS-21), with good internal consistency in the overall size Alpha. Thereby enabling to extend its use to private male populations of freedom.

Regarding the correlation between traumatic experiences, psychopathy, depression, anxiety and stress, although some data have been to date in the literature results, research results presented not found in previous studies. In this way highlights the possibility of continuing to carry out new studies in this area and population.

**Keywords:** Traumatic Experiences, Psychopathy, Depression, Anxiety, Stress, Inmates Population

## Introdução

### Experiências Traumáticas

As experiências traumáticas, ou traumas, dizem respeito a acontecimentos que podem ameaçar a saúde física e psicológica do indivíduo (Bisson, 2007; Flannery, 1999). Estes provocam uma desordem sequencial e alteram a estrutura da vida do indivíduo e a severidade e persistência destes acontecimentos não estão diretamente relacionadas com a magnitude do trauma, mas antes com a forma com que ocupam a mente e com os papéis que nela representam (Bastos, 2008). De facto, este tipo de acontecimento provoca uma mudança no estado emocional do indivíduo, onde este sente que não tem os recursos (pessoais e/ou sociais) necessários para ultrapassar a situação, o que provoca a perceção de perda de controlo e uma reacção de stress intenso (Serra, 2003). Na opinião de Alexander e Klein (2001) e Clohessy e Ehlers (1999), a crise do trauma ocorre quando o acontecimento interfere com os mecanismos de *coping*, originando um fraco funcionamento e um desequilíbrio psicológico, podendo resultar, quando não devidamente tratados, em transtornos psicopatológicos que se podem prolongar por anos.

Assim e de acordo com a *American Psychology Association*, no DSM-IV, uma situação que se descreve como traumática “implica a experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou não esperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror” (APA, 1994, p. 435). Ou seja, o trauma refere-se a uma situação que representa uma ameaça à nossa vida ou à nossa segurança e a sua intensidade é muito maior que nas situações comuns, daí que muitas vezes não saibamos lidar com estas situações e entremos em pânico, stress, ansiedade, angústia, entre outros.

Uma experiência traumática pode modificar a forma como o indivíduo percebe a realidade, sendo que cada indivíduo reage à sua maneira, em função das suas características e do próprio acontecimento. Neste sentido, a forma como a realidade é percebida envolve diversos aspetos entre os quais a personalidade do indivíduo, a imagem que tem de si mesmo, os seus valores e história de vida e os conflitos que, por sua vez, influenciam o processo de integração de novos significados na sua estrutura cognitiva (Peres, Mercante e Naselo, 2005).

Aliás, já percebemos que um acontecimento pode ser traumático para a vítima mas também para quem o presencia, e estas, são as designadas vítimas primárias, aquelas que estão diretamente envolvidas na situação (Ferros, e Ribeiro, 2003; Serra, 2003). As vítimas secundárias não estão diretamente envolvidas no acontecimento, podendo corresponder a familiares das vítimas primárias, espetadores, testemunhas ou aos indivíduos que prestam auxílio (Ferros, e Ribeiro, 2003; Serra, 2003).

Tendo em conta o que acabamos de expor, facilmente percebemos que as experiências traumáticas podem ser muito diversas e assumir várias características. Estas podem constituir uma ameaça para a vida ou segurança da pessoa, tendo uma natureza ameaçadora ou catastrófica; ter longa ou curta duração; ter uma intensidade maior que as experiências comuns; provocar medo, desespero ou horror no indivíduo durante algum tempo; e, perturbar a vítima mas também quem a presencia (Serra, 2003). Além disso, neste tipo de experiência a maioria das pessoas sente-se de forma idêntica na mesma situação, é uma situação na qual o indivíduo sente que não tem capacidades, recursos pessoais e/ou sociais para lidar com a circunstância contribuindo para o desenvolvimento de stress intenso e, acontecimentos como a morte violenta ou inesperada de alguém ou a ameaça de morte vivida por um familiar ou alguém próximo podem ser traumáticas para o indivíduo (Serra, 2003).

Além das suas características, os acontecimentos traumáticos podem ser integrados em diferentes categorias: acidentes graves; desastres naturais; agressões criminosas; exposição a situações de combate; agressão sexual; abuso sexual infantil; abuso físico ou negligência. Atendendo à população portuguesa, urge a necessidade de mencionarmos o estudo realizado por Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003), onde verificaram que 75% da população adulta vivenciou e/ou presenciou, pelo menos, um acontecimento traumático e 43,5% afirma que foi mais do que uma situação, sendo importante referirmos que os acontecimentos mais apontados pelos participantes foram a morte violenta de um familiar ou de alguém muito próximo, como um amigo, por exemplo, o ser roubado ou assaltado e, testemunhar um acidente grave ou uma morte.

Concluindo, uma experiência traumática traduz-se num acontecimento que ameaça a nossa vida, fazendo-nos sentir inseguros e incapazes para lidar com ela e a ultrapassar. Esta não só ameaça a saúde física do ser humano como ameaça a sua saúde mental e pode ter impacto em várias pessoas, ou seja, em quem vivencia a experiência mas também para quem a presencia. Além disso, já sabemos que ao longo da sua vida o indivíduo se confronta com situações adversas, mas o que distingue os acontecimentos traumáticos dos restantes acontecimentos é a sua intensidade, bem maior que nas situações comuns, o que pode originar pânico, stress,

ansiedade, entre outros. A vivência de uma experiência traumática exige a reestruturação da vida e a readaptação do indivíduo à rotina. A readaptação do indivíduo ao seu quotidiano não é fácil e varia de pessoa para pessoa e, caso não recuperemos a nossa estabilidade emocional, a possibilidade de qualquer um de nós desenvolver uma Perturbação Pós-Stress Traumático é maior (Maia, 2006; Maia e Fernandes, 2003).

### **Psicopatia**

Etimologicamente, o termo psicopatia é de origem grega, derivando dos termos “psyché”, que significa alma e “path”, que significa paixão/sofrimento, o que nos remete para o sofrimento da alma (Santos, 2014). Contudo, ainda que tenha sido uma das primeiras perturbações da personalidade a ser reconhecida e investigada, a psicopatia e a sua definição exata, clara e precisa tem suscitado bastantes debates teóricos e concetuais, pelo que ainda permanece a dificuldade em definir psicopatia (Cooke, Hart, Logan e Michie, 2012).

Na verdade, o conceito de psicopatia ainda é relativamente recente e data de 1809, quando foi sugerido por Pinel, médico francês e, na opinião de muitos estudiosos considerado o pai da Psiquiatria, que se referia à psicopatia como a “mania sem delírio”, presente em indivíduos que tinham ações atípicas e agressivas (Gonçalves e Soeiro, 2010). Para Pinel, os psicopatas apenas se comportavam de forma irracional, apontando a falta de educação ou a existência de traços perversos naturais como as principais causas desta patologia. Desde que foi descoberto, o conceito de psicopatia foi estudado por diversos teóricos e novos termos foram surgindo. Como nos revela a literatura sobre esta matéria, em 1835, Prichard, um psiquiatra inglês, introduz na sua obra literária o termo “insanidade moral” para fazer referência a indivíduos que tinham uma moral e condutas bastante diferentes da generalidade dos indivíduos, descritas como pervertidas e antissociais, provocadas pela falta de interação social (Santos, 2014). Já no século XX, Magnan destaca a componente neurológica que a psicopatia comportava, apresentando a noção de “desequilíbrio mental”, que designava uma ausência de coordenação harmoniosa entre os diferentes centros nervosos (Santos, 2014). Contudo, a compreensão da psicopatia deve-se, essencialmente, à Escola Alemã de Psiquiatria. Em 1888, Koch refere-se à psicopatia como a “inferioridade psicopática”, mas o principal impulsionador da escola alemã foi Emil Kraepelin que, em 1915, introduziu o termo, ainda em uso, “personalidade psicopática” para designar indivíduos com um funcionamento amoral ou imoral (Gonçalves e Soeiro, 2010).

Kurt Schneider, tendo como referência as investigações realizadas pelos seus colegas antecessores Kraepelin e Koch, introduz o conceito de psicopatia para designar a perturbação



da personalidade, defendendo que esta tinha origem na infância ou na adolescência e classificou as personalidades psicopáticas em dez categorias: Hipertímicos; Depressivos; Inseguros; Fanáticos; Carentes de valor; Lábeis de humor; Explosivos; Apáticos; Abúlicos; Asténicos (Gonçalves e Soeiro, 2010). Cleckley (1988) apresentou um conjunto de 16 características que descrevem o perfil do indivíduo psicopata, sendo elas: ter encanto superficial e boa inteligência; não ter alucinações ou sintomas de pensamento irracional; ausência de nervosismo ou de manifestações neuróticas; ser indigno de confiança; ser mentiroso e insincero; ausência de sentimentos de culpa ou de vergonha; exibição de comportamentos antissociais sem escrúpulos aparentes; raciocínio pobre e incapacidade de aprender com a experiência; egocentrismo patológico e incapacidade para amar; pobreza geral nas principais relações afetivas; perda específica da intuição (*insight*); incapacidade para responder na generalidade das relações interpessoais; comportamento fantasioso e pouco recomendável com ou sem ingestão de bebidas alcoólicas; ameaças de suicídio raramente cumpridas; vida sexual impessoal, trivial e pouco integrada; incapacidade para seguir qualquer plano de vida.

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais a psicopatia é definida como uma Perturbação Antissocial da Personalidade, correspondendo a “um padrão global de menosprezo e violação dos direitos dos outros, com início na infância ou adolescência precoce e continuidade na vida adulta” (APA, 2006), apontando como principais características a fraude e a manipulação.

De acordo com a APA (2006) a psicopatia pode estar associada a outras perturbações mentais como Perturbações de Ansiedade, Perturbações Depressivas, Perturbações Relacionadas com Substâncias, Jogo Patológico, entre outras. Daí que o problema de um psicopata esteja ao nível dos afetos e não no resto, isto é, geralmente são indivíduos inteligentes e distinguem o certo do errado (Sgarioni, 2009). Atualmente existem várias classificações, resultantes da descrição clínica da patologia, entre as quais (França, 2011): Psicopatas com personalidade fanática ou passional; Psicopatas com personalidade Depressiva; Psicopatas com personalidade Narcisista e dependente; Psicopatas com personalidade explosiva ou epileptoide; Psicopatas Hipertímicos; Psicopatas com personalidade ciclóide ou Lábeis de estado de ânimo; Psicopata com personalidade borderline; Psicopata com personalidade obsessivo-compulsiva; Psicopata com personalidade histérica; Psicopata com personalidade amoral, desalmados; Psicopatas Ostentativos.

Como já vimos existem várias definições de psicopatia e o próprio conceito foi evoluindo ao longo do tempo. Contudo, é importante mencionarmos as principais características

interpessoais, afetivas e comportamentais do psicopata e as quais reúnem consenso na literatura sobre esta matéria (Hare, 2001). Os indivíduos psicopatas têm tendência para serem: superficiais, arrogantes, insensíveis, dominantes, presunçosos e manipuladores - Características Interpessoais; irritáveis, desprovidos de emoções, não sentem remorsos nem empatia e não têm capacidade para estabelecer laços afetivos profundos - Características Emocionais; impulsivos e irresponsáveis, adotam um estilo de vida desviante e têm tendência crónica para ignorar e/ou violar as normas sociais - Características Comportamentais (Hare, 2001).

Quanto à sua prevalência, a APA (2006) diz-nos que é de 3% nos homens e 1% nas mulheres, sendo que o baixo estatuto socioeconómico está associado. Verificamos assim que uma em cada 25 pessoas é psicopata (Silva, 2011).

### **População Privada de Liberdade**

Estudos evidenciam a relação existente entre criminalidade e violência com psicopatia, já que os indivíduos psicopatas têm tendência para cometer um maior número de crimes e também mais variado quando comparados com os outros criminosos (Babiak e Hare, 2006; Edens, Davis, Smith e Guy, 2013; Iria e Barbosa, 2008; Skeem e Cooke, 2010; Walsh, 2013). Estes factos permitem-nos afirmar que a psicopatia é um fator preditor do comportamento criminal (Leistico, Salekin, DeCoster e Rogers, 2008).

A prática de um crime é muitas vezes associada à presença de psicopatologia, principalmente, à psicopatia (Roesch, 2006) e vários investigadores verificaram nos seus estudos a relação entre psicopatia e a população privada de liberdade. Foi o caso de Hart e Hare (1997), que constataram que a percentagem de psicopatas na população privada de liberdade varia entre os 15 e os 30%. Devido às características que compõem o perfil de um psicopata, já que são indivíduos frios, calculistas e isentos de emoção, os crimes por eles cometidos são mais violentos do que os reclusos não psicopatas (Babiak e Hare, 2006). No mesmo sentido, Kiehl e Hoffman (2011) afirmam também que os psicopatas têm entre 20 a 25 vezes mais a probabilidade de estarem na prisão do que os não psicopatas.

A psicopatia provoca a sensação de grandiosidade e torna o indivíduo bastante impulsivo, o que pode aumentar a probabilidade deste cometer um crime (Hart e Hare, 1997; Johnstone e Cooke, 2006).

Além de ser um fator preditor do comportamento criminal (Leistico et al., 2008), a psicopatia também se revela um fator de risco para a reincidência (Dhingra e Boduszek, 2013). É neste sentido que vários estudos nos indicam que os psicopatas que já estiveram

presos têm entre 4 a 5 vezes mais a probabilidade de reincidirem, isto é, cometer novamente um crime e regressar à prisão, do que os criminosos não psicopatas (Hemphill, Templeman, Wong e Hare, 1998; Serin e Amos, 1995).

Quanto às experiências traumáticas, a literatura mostra-nos que o abuso e a negligência que o indivíduo sofreu na infância são fatores de risco da delinquência (Smith e Thornberry, 1995). Além disso, não é apenas quem vivencia uma experiência traumática que incorre de um risco maior vulnerabilidade para se tornar agressor, o mesmo acontece com quem as presencia diretamente (Fonseca, Matos, e Simões, 2008).

Windom (2003) realizou um estudo sobre crianças abusadas e negligenciadas na infância, concluindo que as crianças que vivenciam este tipo de acontecimento apresentam maior risco de serem presas por cometerem um crime violento.

Verificamos, através da literatura, que as experiências traumáticas e a psicopatia estão associadas à criminalidade. A perturbação mental, em particular, a psicopatia, tem ligação com o crime, sendo influenciada por vários fatores (Nunes, 2009).

Em estudos recentes, têm aparecido dados a demonstrar que uma exposição a meios e a ambientes culturais desviantes (como a pobreza, a discriminação, o consumo ou convívio com produtos e substâncias ilícitas), o abuso emocional ou físico na infância, a rejeição por parte dos pais, técnicas educacionais inconsistentes e inadequadas podem originar comportamentos agressivos e hostis que, associados a um desinvestimento escolar se traduzem numa desorganização de conduta. Na adolescência, essa desorganização de conduta conjugada com fatores psicológicos poderá evoluir para um quadro de delinquência e de comportamentos antissociais, que, por seu turno, poderá dar origem a um processo de rotulação social e, na fase adulta, progredir para um quadro de psicopatia como uma forma de adaptação social (Gonçalves, 1999a; Hare, 2013). Na revisão de literatura não foram encontrados estudos de análise fatorial das versões portuguesas do Questionário de Experiências Traumáticas (TEC), Escala da Psicopatia de Levenson (LRSP) e Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS), numa amostra de indivíduos privados de liberdade. Para Zeller e Carmines (1980), a análise fatorial não se refere a uma única técnica estatística, mas a uma variedade de técnicas relacionadas e desenhadas para tornar os dados observados mais facilmente interpretáveis. Por outro lado, a análise fatorial oferece uma alternativa que agrupa mais informações, daí a importância deste estudo fatorial exploratório, nesta população específica, oferecendo assim, uma maior diversidade metodológica.

Este estudo é relevante, tendo em conta que não encontramos estudos que relacionem estes mesmos constructos, experiências traumáticas, psicopatia e sintomas de depressão, ansiedade

e stress, tendo em consideração que pode apresentar diversas implicações no que se refere ao desenvolvimento de programas de intervenção destinados a prevenir ou tratar indivíduos reincidentes. Pois, aparentemente os psicopatas descritos como secundários apresentam-se como “mais facilmente tratáveis” do que os psicopatas ditos primários (Gonçalves, 1999).

## Objetivos

O objetivo deste estudo é analisar as versões portuguesas do Questionário de Experiências Traumáticas (TEC), da Escala de Psicopatia de Levenson (LSRP) e da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21), numa amostra de indivíduos privados de liberdade.

O segundo objetivo, investigar se existe correlação entre Experiências Traumáticas, Psicopatia, Depressão, Ansiedade e Stress.

## Métodos

### Participantes

A presente investigação consistiu num estudo de cariz exploratório e correlacional. A amostra do estudo foi composta por 101 indivíduos do género masculino de dois estabelecimentos prisionais da zona centro/norte de Portugal. A idade média dos participantes foi de 35,05 anos, a mínima foi de 20 anos e a máxima de 60 anos (ver Tabela 1).

**Tabela 1**  
*Caracterização da Amostra face à Idade.*

Variável	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Desv. Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )	N
Idade	35,05	34,00	8,617	20	60	101

Em relação ao estado civil, verificámos que 74,3% da amostra era solteira e 15,8% casada e apenas 8,9% dos inquiridos são divorciados e 1,0% viúvo. Constatámos que 69,3% dos inquiridos não tem companheira(o) e 30,7% tem companheira(o). Os resultados mostraram ainda que 27,7% dos inquiridos possuíam o 3.º ciclo, 26,7% o secundário e 6,0% possuía a licenciatura (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Caracterização da Amostra face ao Estado Civil, ao Estado Civil por Categorias e Grau de Escolaridade.*

Variáveis	Categorias	N	%
Estado Civil	Casado	16	15,8
	Solteiro	75	74,3
	Divorciado	9	8,9
	Viúvo	1	1,0
	Total	101	100,0
Estado Civil por categorias	Sem companhia	70	69,3
	Com companhia	31	30,7
Grau de Escolaridade	1.º Ciclo	16	15,8
	2.º Ciclo	24	23,8
	3.º Ciclo	28	27,7
	Secundário	27	26,7
	Licenciatura	3	6,0
	Total	101	100,0

Na Tabela 3 podemos observar que a média de anos de estudo foi de 8,37 anos, sendo que o valor mínimo desta variável foi de 1 ano e o valor máximo foi de 17 anos.

**Tabela 3**

*Caracterização da Amostra face ao Número de Anos de Estudo.*

Variável	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Desv. Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )	N
Anos de Estudo	8,37	9,00	3,325	1	17	101

Face ao número de prisões e de condenações constatámos que, quanto ao número de prisões, o valor médio foi de 2,15, com valores mínimos e máximos compreendidos entre 1 e 7. Em relação ao número de condenações, a média foi de 5,70 condenações, variando entre 0 e 40 (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Caracterização da Amostra face ao Número de Prisões e Condenações.*

Variáveis	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )	N
Nº Prisões	2,15	2,00	1,384	1	7	101
Nº Cond.	5,70	3,00	6,421	0	40	101

Os resultados demonstram que os crimes mais comuns entre os participantes do estudo foram o Furto Qualificado (24,0%), o Tráfico (15,0%) e o Roubo (7,0%). Os resultados

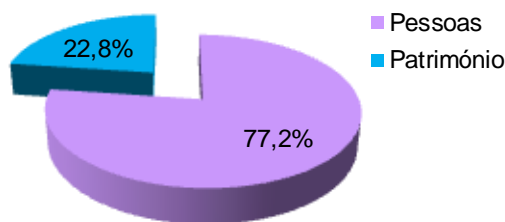
também permitiram constatar que os Homicídios, Homicídios Qualificados e a Tentativa de Homicídios foram crimes cometidos por 15,0% dos inquiridos (ver Tabela 5).

**Tabela 5**

*Caracterização da Amostra face aos Crimes mais Comuns.*

Variável	Categorias	N	%	Categorias	N	%
Tipo de Crime	Sequestro/Roubo	1	1,0	Furto/Roubo/Falsas Declarações	1	1,0
	Abuso Confiança/Burla	1	1,0	Furto/Roubo/Ofensa Integridade	1	1,0
	Agressão Qualificada	1	1,0	Homicídio	6	6,0
	Burla Relativo Trabalho	1	1,0	Homicídio Qualificado	5	5,0
	Coação/Falsificação/Usurpação	1	1,0	Incêndio Florestal	1	1,0
	Condução com álcool	1	1,0	Ofensa Integridade Física	3	3,0
	Condução s/ habilitação embriagado	1	1,0	Pedofilia	1	1,0
	Condução s/ habilitação Legal	2	2,0	Roubo	7	7,0
	Condução sem habilitação	1	1,0	Roubo/Extorsão	1	1,0
	Corrupção/Tráfico	1	1,0	Roubo/Violência Doméstica	1	1,0
	Dano Qualificado	1	1,0	Roubo/Furto/Agressão/Ameaça	1	1,0
	Deserção/Condução Perigosa	1	1,0	Roubo/Tráfico	3	3,0
	Desobediência	1	1,0	Sequestro	3	3,0
	Extorsão	1	1,0	Tentativa Homicídio	4	4,0
	Falsidade Testemunho	1	1,0	Tráfico	15	15,0
	Falsificação Notação Técnica	1	1,0	Tráfico/Condução s/ Habilitações	1	1,0
	Furto Qualificado	23	24,0	Violência	1	1,0
	Furto Simples	3	3,0	Violência Doméstica	1	1,0
	Furto/Condução s/ habilitações	2	2,0	Total	101	100,0

Quanto ao tipo de crime cometido, observamos que 77,2% dos inquiridos cometeu crime contra pessoas e que 22,8% cometeu crimes contra o património (figura 2).



**Figura 2.** Caracterização da Amostra face ao Tipo de Crime.

Em relação ao tempo de pena aplicada aos inquiridos, constatamos que a média se situou nos 88,23 meses, com valores de mínimo e de máximo igual a 0 meses e 318 meses, respetivamente.

Quanto à idade com que foram presos pela primeira vez, verificamos que a média cifra os 27,29 anos. O valor mínimo é de 16 anos e o máximo de 60 anos (ver Tabela 6).

**Tabela 6***Caracterização da Amostra face à Pena Aplicada e à Idade da 1.ª vez como Preso.*

Variáveis	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana ( $Md$ )	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )	<i>N</i>
Número de meses de Pena Aplicada	88,23	60,00	82,586	0	318	101
Idade da 1ª vez como Preso	27,29	25,00	9,291	16	60	101

## Procedimentos

Todos os procedimentos éticos e deontológicos foram tidos em conta. Inicialmente, pedimos autorização à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) do Ministério da Justiça para dois estabelecimentos prisionais do centro/norte de Portugal, para a realização do estudo. Concedida a autorização (Anexo I), solicitamos a participação de 101 indivíduos privados de liberdade, os quais informamos sobre os objetivos da investigação e que a sua participação era voluntária, anónima e a informação por eles cedida era confidencial, foi-lhes entregue uma declaração de consentimento informado (Anexo II), a recolha de dados decorreu entre janeiro e junho de 2016.

Recolhidos os dados, construímos uma base de dados. Em seguida, inserimos e submetemos os dados para tratamento e análise estatística com o recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v20).

Relativamente aos procedimentos estatísticos que utilizamos, na análise do LSRP recorremos à análise fatorial exploratória para analisar a validade dos constructos Psicopatia Primária e Secundária e ao teste de Bartlett, pois não rejeitamos a hipótese de normalidade dos dados. Para avaliação da consistência interna utilizamos o coeficiente Alfa de Cronbach.

Na análise da TEC e da DASS recorremos, igualmente, à análise fatorial exploratória e ao teste de Bartlett, que permitiu evidenciar a existência, ou não, da correlação estatisticamente significativa entre as várias questões. Para avaliação da consistência interna das duas escalas, utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach. Na pesquisa das correlações entre Experiências Traumáticas, Psicopatia, Depressão, Ansiedade e Stress, optou-se por utilizar a correlação de Pearson.

## Instrumentos

Para alcançarmos os objetivos definidos para o nosso estudo, recorremos a três instrumentos distintos, entre os quais as versões portuguesas da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21), a Escala de Psicopatia de Levenson (LSRP) e o Questionário de Experiências Traumáticas (TEC).

Originalmente, a DASS foi concebida por Lovibond e Lovibond (1995) como um instrumento de autorresposta que avalia três estados afetivos: Depressão<sup>1</sup>, permitindo-nos identificar sintomas de inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, autodepreciação, desvalorização da vida e desânimo; Ansiedade<sup>2</sup>, onde avaliamos sintomas como a excitação do sistema nervoso autónomo, efeitos musculo-esqueléticos, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade; e Stress<sup>3</sup>, permitindo-nos avaliar a dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, fácil perturbação/agitação, irritabilidade/reação exagerada e impaciência. A versão original é composta por 42 itens, neste estudo optamos pela versão reduzida (DASS-21) e adaptada à população portuguesa proposta por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006).

Os 21 itens são respondidos segundo uma escala tipo *Likert*, de 4 pontos<sup>4</sup>, sendo de fácil aplicação em ambiente clínico e não clínico, podendo ser utilizada em populações adolescentes e de adultos (Apóstolo et al., 2006). A DASS fornece uma nota por subescala e a pontuação de cada uma delas resulta da soma dos respetivos sete itens que lhes correspondem, tendo cada uma um valor mínimo de 0 e o máximo é 21. As pontuações mais elevadas em cada subescala indicam estados afetivos mais negativos (Apóstolo et al., 2006; Costa e Pinto-Gouveia, 2011, Lovibond e Lovibond, 1995). De acordo com estudo de Apóstolo, Tanner e Arfken C. L., (2012) de análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scale-21* (DASS-21), o coeficiente alfa observado para a escala depressão foi 0,88; para escala ansiedade foi 0,84 e stress foi 0,90, para a escala total foi observado um coeficiente de 0,945.

O LSRP é um inventário de autoavaliação e procura identificar uma “filosofia interpessoal protopsicopática” em adultos, nomeadamente em populações não forenses (Levenson, Kiehl, e Fitzpatrick, 1995). É uma medida pré-mórbida, na medida em que mede as atitudes disposicionais e as crenças que contribuem para o desenvolvimento da psicopatia. O LRSP é composto por 26 itens, os quais são pontuados numa escala Likert de 4 pontos que varia entre o "discordo fortemente" e o "concordo fortemente". Este avalia a psicopatia primária e secundária permitindo identificar estilos interpessoais e filosofias que caracterizam os psicopatas primários e secundários (Levenson et al., 1995) e em pouco tempo, já que são de autopreenchimento (Lynam, Whiteside e Jones, 1999). A versão portuguesa do LRSP é

---

1 Itens correspondentes: 3; 5; 10; 13; 16; 17; 21.

2 Itens correspondentes: 2; 4; 7; 9; 15; 19; 20.

3 Itens correspondentes: 1; 6; 8; 11; 12; 14; 18.

<sup>4</sup> Na DASS 0- corresponde a Não se aplicou a mim; 1 - Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo; 2 - Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo; 3 - Aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo.



composta por 19 itens (Coelho, Paixão e Silva, 2010). A subescala de psicopatia primária inclui 16 itens focados nas características interpessoais e afetivas da psicopatia, envolvendo a postura de egoísmo, descuido e manipulação de outros. A subescala de psicopatia secundária inclui 10 itens e mede a impulsividade, a tolerância à frustração e o caráter autodestrutivo (Levenson et al., 1995).

A TEC foi desenvolvida por Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden (1996) e inicialmente abordava 25 tipos de traumas. Atualmente é um questionário de autopreenchimento composto por 49 itens que abordam 29 experiências traumáticas, a idade em que ocorreram, o tempo que perduraram e o seu impacto (Nijenhuis, Van der Hart e Kruger, 2002). Esta foi adaptada à população portuguesa por Espírito-Santo et al. (2009) e avalia diferentes tipos de trauma (a negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio e abuso sexual e ameaça corporal) e o ambiente psicossocial em que os mesmos ocorreram na família de origem, família alargada ou outra situação social, como elementos externos à família (Dom, Wilde, Hulstijn, e Sabbe, 2007; Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger, e Steele, 2004).

Este questionário permite calcular a gravidade do trauma emocional<sup>5</sup>, do trauma físico<sup>6</sup> e do trauma sexual<sup>7</sup>. A gravidade do trauma total pode variar de 0 a 13 em relação à negligência e abusos emocional, físico e sexual e assédio sexual, ou de 0 a 24, face à ameaça corporal, dor e punições bizarras.

## Resultados

### Análise da Escala LSRP

Na análise fatorial da Psicopatia Primária (itens 1 a 16) obtivemos um valor de *KMO* de 0,568, revelando uma boa análise das componentes principais. O teste de Bartlett evidencia a existência de correlação estatisticamente significativa entre as questões que compõem os fatores ( $\chi^2(120)=291,360$ ;  $p<0,000$ ). Através da Tabela 7, podemos observar que foram criadas, com a aplicação do método de rotação *Varimax*, cinco componentes principais, sendo o seu total de variância explicada de 56,567%.

---

<sup>5</sup> O trauma emocional inclui experiências traumáticas como a negligência emocional e o abuso emocional.

<sup>6</sup> O trauma físico inclui experiências traumáticas como o abuso físico e a ameaça corporal.

<sup>7</sup> O trauma sexual inclui experiências traumáticas como o abuso sexual e o assédio sexual.

**Tabela 7**

*Peso dos Itens no Fator após a Análise Fatorial Exploratória, com Rotação Varimax, Valores Próprios e Variância Explicada (Psicopatia Primária).*

Questões	Dimensões				
	Socialização	Extroversão	Escrupulosidade	Neuroticismo	Abertura p/a Experiência
11	0,771				
4	0,748				
2	0,682				
8		0,673			
6		0,671			
16		0,665			
5		0,531			
1		0,468			
10			0,726		
7			0,726		
3			0,487		
15				0,778	
13				0,673	
14				0,647	
12					0,731
9					0,721
Valores Próprios	2,063	2,062	1,787	1,695	1,443
Variância Explicada	12,896%	12,888%	11,167%	10,596%	9,020%

Através da avaliação da consistência interna (Tabela 8), concluímos que a primeira dimensão – socialização – é a que apresenta maior Alfa de Cronbach (0,658). À exceção da abertura para a experiência, todos os valores demonstraram uma aceitável consistência interna, inclusivamente a dimensão total (Alfa = 0,575).

**Tabela 8**

*Valores de Coeficiente Alfa Cronbach das Dimensões Psicopatia Primária*

Dimensões	Alfa de Cronbach	N.º das questões
Socialização	0,658	2, 4 e 11
Extroversão	0,611	1, 5, 6, 8 e 16
Escrupulosidade	0,559	3, 7 e 10
Neuroticismo	0,560	13, 14 e 15
Abertura para a Experiência	0,440	9 e 12
Índice Geral	<b>0,575</b>	<b>16</b>

Com base na Tabela 9 concluímos que existe uma forte dependência entre o Índice Geral da Psicopatia Primária e as quatro primeiras dimensões, sendo de realçar a dimensão da socialização ( $r(101) = 0,647$ ;  $p < 0,000$ ). Também a extroversão apresentou uma correlação bastante significativa ( $r(101) = 0,555$ ;  $p < 0,000$ ). As restantes dimensões manifestaram correlações positivas e estatisticamente significativas.

**Tabela 9***Correlação entre o Índice Geral da Psicopatia Primária e as Cinco Dimensões.*

Dimensões (Questões)	Correlação com o Índice Geral de LSR Prim	Valor-p
Socialização	0,647**	<0,000
Extroversão	0,555**	<0,000
Escrupulosidade	0,461**	<0,000
Neuroticismo	0,526**	<0,000
Abertura para a Experiência	0,204*	<0,05

\*\* A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).

\* A correlação é significativa ao nível de 0,05 (2 extremidades).

Na análise da validade do constructo da Psicopatia Secundária (itens 17 a 26) também procedemos à análise fatorial exploratória. O valor de *KMO* foi de 0,678, o que revela uma boa análise das componentes principais. Também o teste de Bartlett evidenciou a existência de correlação estatisticamente significativa entre as questões que compõem os fatores ( $\chi^2(45) = 149,341$ ;  $p < 0,000$ ).

Através da Tabela 10, podemos constatar que foram criadas, com a aplicação do método de rotação *Varimax*, três componentes principais, sendo o seu total de variância explicada de 54,685%.

**Tabela 10***Peso dos Itens no Fator após a Análise Fatorial Exploratória, com Rotação Varimax, Valores Próprios e Variância Explicada (Psicopatia Secundária).*

Questões	Dimensões Impulsividade	Baixa Tolerância à Frustração	Falta de Metas a Longo Prazo
17	0,780		
18	0,770		
19	0,680		
20	0,499		
24		0,766	
25		0,698	
22		0,680	
23		0,481	
21			0,796
26			0,786
Valores Próprios	2,078	1,834	1,556
Variância Explicada	20,780%	18,343%	15,562%

Para avaliação da consistência interna utilizámos o coeficiente Alfa de Cronbach (Tabela 11), e verificámos que a impulsividade foi a dimensão que apresenta maior consistência interna. Com a exceção da falta de metas a longo prazo, a baixa tolerância à frustração e o índice geral apresentam uma boa consistência interna.

**Tabela 11**

*Peso dos Itens no Fator após a Análise Fatorial Exploratória, com Rotação Varimax, Valores Próprios Variância Explicada (Psicopatia Secundária)*

Dimensões	Alfa de Cronbach	Nº das questões
Impulsividade	0,655	17, 18, 19 e 20
Baixa Tolerância à Frustração	0,611	22, 23, 24 e 25
Falta de Metas a Longo Prazo	0,560	21 e 26
Índice Geral	0,655	10

Pudemos ainda concluir, que existe uma forte dependência entre o Índice Geral e Psicopatia Secundária e as três dimensões (Tabela 12), sendo de realçar a baixa tolerância à frustração ( $r(101) = 0,774$ ;  $p < 0,000$ ). Também a impulsividade apresentou uma correlação bastante significativa ( $r(101) = 0,763$ ;  $p < 0,000$ ). Todas as restantes dimensões manifestaram correlações positivas e estatisticamente significativas.

**Tabela 12**

*Correlação entre o Índice Geral da Psicopatia Secundária e as Três Dimensões*

Dimensões (Questões)	Correlação com o Índice Geral de LSRP Sec	Valor-p
Impulsividade	0,763**	<0,000
Baixa Tolerância à Frustração	0,774**	<0,000
Falta de Metas a Longo Prazo	0,412**	<0,000

\*\* A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).

### Análise da Escala TEC

Para analisarmos a validade do constructo da TEC recorremos à análise fatorial exploratória, onde obtivemos um valor de *KMO* de 0,564, o que revela uma razoável análise das componentes principais. Também o teste de Bartlett demonstrou a existência de correlação estatisticamente significativa entre as questões que compõem os fatores ( $\chi^2(406) = 1521,451$ ;  $p < 0,000$ ). Através da Tabela 13 pudemos constatar que foram criadas, com a aplicação do método de rotação *Varimax*, oito componentes principais, sendo o seu total de variância explicada de 54,685%.

**Tabela 13**

*Peso dos Itens no Fator após a Análise Fatorial Exploratória, com Rotação Varimax, Valores Próprios e Variância Explicada (TEC)*

Questões	Dimensões							
	1	2	3	4	5	6	7	8
28	0,815							
27	0,814							
25	0,778							
17	0,759							
29	0,749							
24	0,724							
26	0,677							

18	0,767							
21	0,743							
19	0,627							
22	0,574							
7	0,698							
20	0,667							
2	0,516							
16	0,441							
9	0,687							
5	0,665							
23	0,625							
8	0,408							
12	0,750							
11	0,613							
3	0,544							
4	0,688							
1	0,555							
14	0,812							
15	0,536							
6	0,773							
11	0,470							
13	0,396							
Valores Próprios	4,305	2,641	2,612	2,233	2,079	1,811	1,670	1,560
Variância Explicada	14,87%	9,11%	9,01%	7,70%	7,17%	6,24%	5,76%	5,38%

Para a avaliação da consistência interna utilizámos o coeficiente Alfa de Cronbach (Tabela 14), tendo-se concluído que a primeira dimensão foi a que apresentou maior Alfa de Cronbach (0,890). Apenas as duas primeiras dimensões apresentaram uma boa consistência interna, as restantes apresentaram valores que revelaram uma insuficiente consistência interna. Por outro lado, o valor de Alfa referente à dimensão total foi moderado (0,842).

Tabela 14  
*Valores do Coeficiente de Alfa de Cronbach das Dimensões TEC*

Dimensões	Alfa de Cronbach	Nº das questões
1	0,890	17,24,25,26,27,28,29
2	0,739	18,19,21,22
3	0,661	2,7,16,20
4	0,585	5,8,9,23
5	0,553	3,11,12
6	0,349	1,4
7	0,524	14,15
8	0,430	6,11,13
Índice Geral	0,842	29

Pudemos ainda concluir que se verificou uma forte dependência entre o Índice Geral da TEC e as 8 Dimensões (Tabela 15), sendo de realçar a dimensão 3 ( $r(101) = 0,651$ ;  $p < 0,000$ ). Também a dimensão 8 apresentou uma correlação bastante significativa ( $r(101) =$

0,641;  $p < 0,000$ ). Todas as restantes dimensões manifestaram correlações positivas e estatisticamente significativas.

**Tabela 15**

*Correlação entre o Índice Geral da TEC e as Oito Dimensões*

Dimensões (Questões)	Correlação com o Índice Geral de TEC	Valor-p
1	0,543**	<0,000
2	0,599**	<0,000
3	0,651**	<0,000
4	0,464**	<0,000
5	0,547**	<0,000
6	0,384**	<0,000
7	0,442**	<0,000
8	0,641**	<0,000

\*\* A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).

### **Análise da Escala DASS-21**

A DASS-21 é uma escala constituída por 21 itens de autorresposta, permite medir três dimensões: Depressão (3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21); Ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20); e Stress (1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18). Para avaliação da consistência interna, utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach (Tabela 16), onde concluímos que a primeira dimensão (depressão) é a que apresenta maior Alfa de Cronbach com um valor de 0,874. À exceção da dimensão 2 (ansiedade), todos os valores demostraram uma razoável consistência interna, inclusivamente a dimensão total (0,937).

**Tabela 16**

*Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach das Dimensões da DASS*

Dimensões	Alfa de Cronbach	Nº de questões
Depressão	0,874	7
Ansiedade	0,844	7
Stress	0,867	7
Índice Geral	0,937	21

Analisando a Tabela 17, verificamos que existe uma forte dependência entre o Índice Geral de DASS e as três dimensões (depressão, ansiedade e stress), sendo de realçar a dimensão Depressão ( $r(101) = 0,907$ ;  $p < 0,000$ ). Também a dimensão Stress apresentou uma correlação bastante significativa ( $r(101) = 0,905$ ;  $p < 0,000$ ). A dimensão Ansiedade apresenta igualmente correlações positivas e estatisticamente significativas ( $r(101) = 0,889$ ;  $p < 0,000$ ).

**Tabela 17***Correlação entre o índice Geral da DASS e as Três Dimensões.*

Dimensões (Questões)	Correlação com o Índice Geral de DASS	Valor-p
Depressão	0,907**	<0,000
Ansiedade	0,889**	<0,000
Stress	0,905**	<0,000

\*\* A correlação é significativa ao nível de 0,01 (2 extremidades).

### **Correlações entre o Questionário de Experiências Traumáticas (TEC), Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) e Escala de Psicopatia de Levenson (LSRP).**

Da análise das correlações existentes entre a TEC e a DASS, concluímos que apenas existe correlação estatisticamente significativa entre a subescala DASS Depressão com as subescalas TEC\_1, TEC\_2 e TEC\_Total, com os valores  $r(101) = 0,220; p < 0,05$ ,  $r(101) = 0,199; p < 0,05$  e  $r(101) = 0,214; p < 0,05$ , respetivamente (Tabela 19).

**Tabela 19***Teste de Correlação da TEC vs DASS.*

		DASS_Dep	DASS_Ans	DASS_Stress	DASS_Total
TEC_1	Pearson	<b>0,220*</b>	0,090	0,148	0,172
	Sig.	0,027	0,370	0,140	0,085
	N	101	101	101	101
TEC_2	Pearson	<b>0,199*</b>	0,059	0,127	0,145
	Sig.	0,045	0,560	0,206	0,147
	N	101	101	101	101
TEC_3	Pearson	0,160	0,018	0,106	0,108
	Sig.	0,111	0,857	0,290	0,281
	N	101	101	101	101
TEC_4	Pearson	0,049	-0,110	0,006	-0,016
	Sig.	0,624	0,273	0,953	0,870
	N	101	101	101	101
TEC_5	Pearson	0,021	-0,098	0,106	0,015
	Sig.	0,835	0,329	0,291	0,879
	N	101	101	101	101
TEC_6	Pearson	0,103	-0,115	0,130	0,050
	Sig.	0,304	0,253	0,194	0,617
	N	101	101	101	101
TEC_7	Pearson	0,063	0,000	0,111	0,067

	Sig.	0,530	0,996	0,270	0,506
	N	101	101	101	101
TEC_8	Pearson	0,090	-0,084	0,028	0,016
	Sig.	0,369	0,403	0,785	0,870
	N	101	101	101	101
TEC_Total	Pearson	<b>0,214*</b>	-0,055	0,178	0,131
	Sig.	0,032	0,582	0,075	0,191
	N	101	101	101	101

\*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

Através da análise da Tabela 20, verificamos a existência de correlação negativa e estatisticamente significativa entre a subescala PSIC\_P5 e as subescalas TEC\_4, 5, 8 e Total. Também se constatou entre as subescalas PSIC\_P2 e TEC\_3, embora positiva.

**Tabela 20**

*Teste de Correlação da TEC vs Psicopatia Primária.*

		PSIC_P1	PSIC_P2	PSIC_P3	PSIC_P4	PSIC_P5	PSIC_P_Total
TEC_1	Pearson	-0,016	-0,090	-0,060	0,082	-0,065	-0,070
	Sig.	0,876	0,372	0,550	0,415	0,521	0,489
	N	101	101	101	101	101	101
TEC_2	Pearson	-0,009	0,078	-0,034	0,091	-0,045	0,049
	Sig.	,932	,440	,739	,364	,657	0,623
	N	101	101	101	101	101	101
TEC_3	Pearson	0,058	<b>0,230*</b>	-0,073	0,012	-0,151	0,091
	Sig.	0,564	0,020	0,468	0,905	0,132	0,366
	N	101	101	101	101	101	101
TEC_4	Pearson	0,094	0,127	0,015	0,139	<b>-0,220*</b>	0,123
	Sig.	0,351	0,205	0,881	0,166	0,027	0,221
	N	101	101	101	101	101	101
TEC_5	Pearson	-0,100	0,099	0,054	0,054	<b>-0,205*</b>	-0,001
	Sig.	0,320	0,326	0,591	0,593	0,040	0,993
	N	101	101	101	101	101	101
TEC_6	Pearson	0,041	0,175	0,191	0,064	-0,055	0,163
	Sig.	0,685	0,081	0,055	0,526	0,587	0,104
	N	101	101	101	101	101	101
TEC_7	Pearson	-0,079	-0,007	0,005	0,076	-0,123	-0,029
	Sig.	0,431	0,942	0,959	0,451	0,222	0,771
	N	101	101	101	101	101	101



TEC_8	Pearson	-0,094	0,116	0,049	0,181	<b>-0,219*</b>	0,033
	Sig.	0,349	0,250	0,626	0,070	0,028	0,743
	N	101	101	101	101	101	101
TEC_Total	Pearson	-0,025	0,164	0,035	0,170	<b>-0,261**</b>	0,082
	Sig.	0,808	0,101	0,726	0,090	0,008	0,413
	N	101	101	101	101	101	101

\*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Através da Tabela 21 concluímos que apenas existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a subescala PSIC\_S2 e a subescala TEC\_6.

**Tabela 21**

*Teste de Correlação da TEC vs Psicopatia Secundária.*

		PSIC_S_Total	PSIC_S1	PSIC_S2	PSIC_S3
TEC_1	Pearson	0-,005	0,009	-0,030	0,021
	Sig.	0,957	0,930	0,766	0,835
	N	101	101	101	101
TEC_2	Pearson	0,029	-0,008	-0,023	0,141
	Sig.	0,775	0,934	0,816	0,160
	N	101	101	101	101
TEC_3	Pearson	0,174	0,155	0,075	0,139
	Sig.	0,081	0,123	0,454	0,164
	N	101	101	101	101
TEC_4	Pearson	0,011	-0,030	0,112	-0,112
	Sig.	0,912	0,766	0,264	0,265
	N	101	101	101	101
TEC_5	Pearson	0,049	-0,006	0,002	0,152
	Sig.	0,629	0,956	0,985	0,129
	N	101	101	101	101
TEC_6	Pearson	-0,166	-0,125	<b>-0,230*</b>	0,105
	Sig.	0,097	0,214	0,021	0,294
	N	101	101	101	101
TEC_7	Pearson	0,010	0,006	-0,041	0,092
	Sig.	0,921	0,954	0,682	0,359
	N	101	101	101	101
TEC_8	Pearson	0,011	0,082	-0,113	0,096
	Sig.	0,909	0,414	0,260	0,341
	N	101	101	101	101
TEC_Total	Pearson	0,027	0,021	-0,044	0,125
	Sig.	0,786	0,836	0,661	0,214
	N	101	101	101	101

\*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

A análise da Tabela 22 permitiu concluir que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a subescala PSIC\_P2, e todas as subescalas de DASS, Depressão, Ansiedade e Stress, sendo que se identifica maior correlação na subescala Depressão  $r(101) = 0,438; p < 0,01$ . Igualmente entre todas as subescalas de DASS e a subescala PSIC\_P\_Total  $r(101) = 0,304; p < 0,01$ , sendo que a subescala Ansiedade a que se revelou com maior correlação.

**Tabela 22**

*Teste de Correlação da DASS vs Psicopatia Primária.*

		DASS_Dep	DASS_Ans	DASS_Stress	DASS_Total
PSIC_P1	Pearson	0,109	0,140	-0,023	0,081
	Sig.	0,276	0,161	0,820	0,420
	N	101	101	101	101
PSIC_P2	Pearson	<b>0,438**</b>	<b>0,291**</b>	<b>0,432**</b>	<b>0,434**</b>
	Sig.	0,000	0,003	0,000	0,000
	N	101	101	101	101
PSIC_P3	Pearson	-0,166	-0,112	-0,180	-0,171
	Sig.	0,096	0,264	0,072	0,087
	N	101	101	101	101
PSIC_P4	Pearson	0,046	0,155	0,033	0,083
	Sig.	0,645	0,122	0,743	0,407
	N	101	101	101	101
PSIC_P5	Pearson	0,184	<b>0,261**</b>	0,079	0,190
	Sig.	0,066	0,008	0,434	0,057
	N	101	101	101	101
PSIC_P_Total	Pearson	<b>0,269**</b>	<b>0,304**</b>	<b>0,201*</b>	<b>0,284**</b>
	Sig.	,007	,002	,044	,004
	N	101	101	101	101

\*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Na Tabela 23 apresentamos as correlações positivas e estatisticamente significativas entre a subescala PSIC\_S1 e todas as subescalas de DASS, Depressão, Ansiedade e Stress, sendo que identificámos uma maior correlação na subescala DASS\_Total  $r(101) = 0,342; p < .01$ . Também verificamos a existência de uma correlação entre a subescala PSIC\_S\_Total e todas as subescalas de DASS, destacando-se a subescala Ansiedade  $r(101) = 0,343; p < 0,01$ .

**Tabela 23***Teste de Correlação da DASS vs Psicopatia Secundária*

		DASS_Dep	DASS_Ans	DASS_Stress	DASS_Total
PSIC_S1	Pearson	<b>0,333**</b>	<b>0,323**</b>	<b>0,269**</b>	<b>0,342**</b>
	Sig.	0,001	0,001	0,007	0,000
	N	101	101	101	101
PSIC_S2	Pearson	0,141	<b>0,221*</b>	0,138	0,183
	Sig.	0,159	0,026	0,169	0,067
	N	101	101	101	101
PSIC_S3	Pearson	-0,023	0,120	-0,023	0,023
	Sig.	0,820	0,233	0,817	0,818
	N	101	101	101	101
PSIC_S_Total	Pearson	<b>0,256**</b>	<b>0,343**</b>	<b>0,219*</b>	<b>0,300**</b>
	Sig.	0,010	0,000	0,028	0,002
	N	101	101	101	101

\*\*. Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

\*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

## Discussão e Conclusão

O objetivo deste estudo é analisar as versões portuguesas de três instrumentos distintos aplicados à população privada de liberdade: Questionário Experiências Traumáticas (TEC), Escala de Psicopatia de Levenson (LSRP) e Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21), e investigar se existe correlação entre Experiências Traumáticas, Psicopatia e a presença de dimensões de psicopatologia sintomática de Depressão, Ansiedade e Stress. Este estudo caracteriza-se como transversal, pela limitação no tempo e quantitativo, a pesquisa quantitativa permite testar teorias objetivas, examinando a relação de variáveis. Essas variáveis podem ser medidas por meio de instrumentos, possibilitando a análise dos dados numéricos mediante procedimentos estatísticos.

Na análise fatorial da Psicopatia Primária, obtivemos uma boa análise das componentes principais existentes na literatura (socialização, extroversão, escrupulosidade, neuroticismo e abertura para a experiência), sendo evidenciada a existência de correlação estatisticamente significativa entre as questões que compõem os fatores da psicopatia primária. Através da avaliação da consistência interna concluímos que, a socialização é a dimensão que apresenta melhor consistência interna (0,658) e, à exceção da abertura para a experiência, as restantes dimensões (extroversão, escrupulosidade, neuroticismo) demonstram uma aceitável consistência interna, inclusivamente a dimensão total. Da análise da Psicopatia Primária

verificamos também uma forte dependência entre o Índice Geral de Psicopatia e as dimensões da socialização, extroversão, escrupulosidade, neuroticismo, sendo de realçar a socialização e a extroversão, duas dimensões que apresentam uma correlação bastante significativa. As restantes dimensões manifestaram correlações positivas e estatisticamente significativas.

Contudo, estes resultados não vão ao encontro do que é exposto por Chabrol e Leichsenring (2006) e Lynam et al. (1999) que referem que os níveis de consistência interna considerados aceitáveis ou muito bons variam entre 0,78 e 0,84 na escala de psicopatia primária. Também no estudo de Coelho et al. (2010), os resultados obtidos quanto à escala da psicopatia primária são de 0,82, um valor um pouco elevado do que o obtido neste estudo.

Na análise da validade do constructo da Psicopatia Secundária procedemos igualmente à análise fatorial exploratória, e concluímos que há uma boa análise das componentes principais – impulsividade, baixa tolerância à frustração e falta de metas de longo prazo. Verificamos também que impulsividade é a dimensão que apresenta maior consistência (0,655). À exceção da falta de metas a longo prazo, todas dimensões apresentam uma razoável consistência interna, inclusivamente a dimensão total. Os resultados obtidos por Coelho et al. (2010) são próximos dos que obtivemos neste estudo (0,73) para a escala de Psicopatia Secundária. Estes resultados vão ao encontro do que é mencionado por Chabrol e Leichsenring (2006) e Lynam et al. (1999) que referem que os níveis de consistência interna considerados aceitáveis ou muito bons variam entre 0,54 e 0,68 na escala de Psicopatia Secundária.

Concluimos ainda que existe uma forte dependência entre o Índice Geral de Psicopatia Secundária e as três dimensões, sendo de realçar a baixa tolerância à frustração e a impulsividade. Através da análise do LSRP verificamos que são seguidas as facetas de personalidade e a estrutura bifatorial original do PCL-R (Hare, 1991).

A análise fatorial exploratória realizada à TEC revelou-nos uma razoável análise das componentes principais e o teste de Bartlett evidenciou a existência de correlação estatisticamente significativa entre as questões que compõem os fatores da escala. A primeira dimensão é a que apresenta maior consistência interna (0,890), sendo que apenas as duas primeiras dimensões apresentam uma boa consistência interna. A consistência interna da dimensão total é bastante significativa (0,842). A consistência total obtida no nosso estudo distancia-se um pouco dos resultados obtidos por Espírito Santo et al. (2009) (0,93), por Silva (2014) (0,94).

Podemos ainda concluir que existe uma forte dependência entre o Índice Geral de TEC e as 8 Dimensões, sendo de realçar a dimensão 3 ( $r(101) = 0,651$ ;  $p < 0,000$ ). Também a

dimensão 8 apresentou uma correlação bastante significativa ( $r(101) = 0,641$ ;  $p < 0,000$ ). Todas as restantes dimensões manifestaram correlações positivas e estatisticamente significativas.

A avaliação da consistência interna da DASS, demonstrou-nos que a primeira dimensão (depressão) é a que apresenta maior Alfa de Cronbach com um valor de 0,874. À exceção da dimensão 2 (ansiedade, obteve um valor de Alfa de Cronbach de 0,844), a subescala do stress e também a dimensão total revelam uma razoável consistência interna, 0,867 e 0,937, respetivamente. Os resultados obtidos nesta análise são um pouco diferentes dos obtidos por Apóstolo et al. (2006) que definem como valores de uma boa consistência interna de 0,90 para a depressão, 0,86 para a ansiedade, 0,88 para o stress e 0,95 para o total das três subescalas.

Verificamos que existe uma forte dependência entre o Índice Geral de DASS e as três dimensões (depressão, ansiedade e stress), sendo de realçar a dimensão Depressão e a dimensão Stress que apresentam uma correlação bastante significativa.

A partir das correlações realizadas, observou-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre sintomas depressivos e ansiosos com a dimensão de impulsividade na subescala da psicopatia secundária, correlação positiva e estatisticamente significativa dos sintomas depressivos e stress com a dimensão de escrupulosidade na subescala de psicopatia primária. O presente estudo também encontrou correlação positiva, estatisticamente significativa, entre os resultados totais de psicopatia primária e secundária e o sintoma de ansiedade.

Embora alguns dados tenham sido concordantes com os encontrados na literatura, a pesquisa apresentou resultados não encontrados em estudos anteriores. Desta forma, evidencia-se a necessidade de realizar novos estudos nesta área e neste tipo de população.

No trabalho de Torkelsen e Myklebust não foi encontrada associação entre psicopatia e transtornos depressivos nem entre psicopatia e transtornos de ansiedade numa população de indivíduos privados de liberdade, embora os autores tenham utilizado outras escalas para investigar a associação entre o transtorno psicopático e afetividade negativa. Por outro lado, a pesquisa de Stinson et al. evidenciou que 26,5% dos participantes apresentavam psicopatia e também características depressivas, assim como 15% dessa mesma população investigada apresentaram psicopatia e sintomas consistentes com um diagnóstico de transtorno de ansiedade (Torkelsen e Myklebust, 2013, citado por Vargas et al., 2015).

De outro modo, a respeito da correlação entre dimensão da psicopatia primária e secundária e os sintomas depressivos e ansiosos, encontrada neste estudo, a pesquisa de

Stinson et al. obteve resultados bastante semelhantes. As autoras investigaram a correlação entre os transtornos e descobriram que indivíduos que apresentaram sintomas mais recorrentes vinculados a transtorno de humor pontuavam mais no fator 2 do que no fator 1 da Escala Hare, equivalente às subescalas de psicopatia secundária e primária da escala de LSRP. Uma das hipóteses que se apresenta com base nos resultados obtidos é a de que tal relação sintomática pode ser identificada em níveis mais moderados, ainda que socialmente problemáticos, no que se refere à manifestação de comportamentos antissociais. Embora alguns dados tenham sido concordantes com os encontrados na literatura, a pesquisa apresentou resultados não encontrados em estudos anteriores. Desta forma, evidencia-se a necessidade de realizar novos estudos nesta área e neste tipo de população.

O estudo fatorial dos instrumentos TEC, LRSP e DASS-21, apresentou confiabilidade adequada e validade de constructo, dando suporte ao seu uso em indivíduos masculinos privados de liberdade, podendo desta forma contribuir e auxiliar no trabalho de profissionais que atuam nos estabelecimentos prisionais, possibilitando, assim, intervenções precoces e tratamentos adequados a esta população.

## **Bibliografia**

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., e Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- Alexander, D., e Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 76-81.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2006). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência ultrapassar os traumatismos*. Lisboa. Climepsi Editores.

- Apóstolo, J., Mendes, A. e Azeredo, Z. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Apóstolo, J., Tanner, B. A., Arfken C. L. (2012). Análise Fatorial Confirmatória da Versão Portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21 *Revista Latino-Americana de Enfermagem Enfermagem,[Internet]*. maio-junho.
- Babiak, P. e Hare, R. (2006). *Snakes in Suits: when psychopaths go to work*. United States: Harper Collins.
- Bastos, C. (2008). Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 195-207.
- Bisson, J. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 57, 399-403.
- Chabrol, H., e Leichsenring, F. (2006). Borderline personality organization and psychopathic traits in nonclinical adolescents: Relationships of identity diffusion, primitive defense mechanisms and reality testing with callousness and impulsivity traits. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(2), 160-170.
- Classen, C., Koopman, C., e Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 178-194.
- Cleckley, H. (1988). *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby.
- Clohessy, S., e Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251-265.
- Coelho, L., Paixão, R., e Silva, J. (2010). O Levenson's Self Report Psychopathy Scale (LSRP). *Psychologica*, 53, 413-421.
- Cooke, D., Hart, S., Logan, C. e Michie, C. (2012). Explicating the Construct of Psychopathy: Development and Validation of a Conceptual Model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, 242-252.
- Costa, J. e Pinto-Gouveia, J. (2011) Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patient's subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302.
- Dhingra, K. e Boduszek, D. (2013). Psychopathy and criminal behaviour: a psychosocial research perspective. *Journal of Criminal Psychology*, 3, 83-107.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., e Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 178-185.

- Edens, J., Davis, K., Smith, F. e Guy, L. (2013). No sympathy for the devil: Attributing psychopathic traits to capital murderers also predicts support for executing them. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4, 175-181.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Xavier, M., Borges, J., Martins, L., e Chambel, A. (2009). *Development of the Portuguese Traumatic Experiences Checklist: a replication study*. Manuscrito submetido para publicação.
- Ferros, L., e Ribeiro, S. (2003). Perturbação Pós-stress Traumático: história, conceptualização teórica, apoio empírico e implicações terapêuticas. *Revista de Psicologia Militar*, 14, 151-161.
- Flannery, R. (1999). Psychological trauma and posttraumatic stress disorder: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 135-140.
- Fonseca A., Matos A. e Simões, A. (2008). Psicologia e Justiça: oportunidades e desafios. Em A. Fonseca (Ed.), *Psicologia e Justiça* (pp. 3-35). Coimbra: Almedina.
- França, M. (2011). Sociopatia Dissimulada. Sociopatia x Moralidade, um mal antigo. *Revista Juridica Consulex*, 347.
- Gonçalves, R. A. (1999a). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão: da intervenção para a prevenção*. Coletânea Monografias em Educação e Psicologia, Braga: Instituto de Educação e Psicologia - Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Gonçalves, R. e Soeiro, C. (2010), O estado de arte do conceito de psicopatia. *Análise Psicológica*, 1, 227-240.
- Hare, R. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist — Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. (2001). Psychopaths and their nature: Some implications for understanding human predatory violence. Em A. Raine e J. Sanmartin (Eds.), *Violence and psychopathy* (pp. 5-34). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Hare, R.D. (2013). *Sem Consciência. O mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós*. Porto Alegre: Artmed Editora. (Original publicado em 1993).
- Hart, S. e Hare, R. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. Em D. Stoff, J. Breiling, e J. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 22-35). Oxford: John Wiley and Sons.
- Hemphill, J., Templeman, R., Wong, S. e Hare, R. (1998). Psychopathy and crime: recidivism and criminal careers. Em D. Cooke, R. Hare e A. Forth (Eds.), *Psychopathy: theory, research, and implications for Society* (pp. 375-399). The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.



- Iria, C. e Barbosa, F. (2008). *Psicopatas criminosos e não criminosos. Uma abordagem neuropsicológica*. Porto: Livpsic.
- Johnstone, L. e Cooke, D. (2006). Traços de psicopatia na infância: operacionalização do conceito e sua avaliação. Em A. Fonseca, M. Simões, M. Simões e M. Pinho (Eds.), *Psicologia forense* (pp. 401-436). Coimbra: Edições Almedina.
- Keane, T., Marshall, A., e Taft, C. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161- 197.
- Kiehl, A. e Hoffman, B. K. (2011). The criminal psychopath: history, neuroscience, treatments, and economics. *Jurimetrics*, 51, 355-397.
- Leistico, A., Salekin, R., DeCoster J. e Rogers, R. (2008). A Large-Scale MetaAnalysis Relating the Hare Measures of Psychopathy to Antisocial Conduct. *Law Human Behavior*, 32, 28-45.
- Levenson, M., Kiehl, K., e Fitzpatrick, C. (1995). Assessing Psycopathic Attributes in a Noninstitutionalized Population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 151-158.
- Lovibond, P., e Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Lynam, D., Whiteside, S., e Jones, S. (1999). A Self-Reported Psychopathy: A Validation Study. *Journal of Personality Assessment*, 73, 110-132.
- Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e Saúde. Em P. Costa, C. Pires, J. Veloso e C. Pires (Eds.). *Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens e Práticas* (pp. 21-33). Leiria: Editorial Diferença e ADFA.
- Maia, A., e Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma. Em M. Pereira e J. Ferreira (Eds.). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., e Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., Kruger, K., e Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 1-10.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., e Vanderlinden, J. (1996). Traumatic Experiences Checklist. Em E. R. S. Nijenhuis (Ed.). *Somatoform Dissociation: Phenomena, measurement and theoretical issues* Assen: Van Gorcum.

- Nunes, L. (2009). Crime - psicopatia, sociopatia e personalidade anti-social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 152-161.
- Peres, J., Mercante, J., e Naselo, A. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria RS*, 27(2), 131-138.
- Roesch, R. (2006). Responsabilidade criminal e competência para participar no próprio julgamento. Em A. Fonseca, M. Simões, M. Simões e M. Pinho (Eds.), *Psicologia forense* (pp. 173-201). Coimbra: Edições Almedina.
- Santos, S. (2014). Psicopatia e comportamento criminoso: uma revisão de literatura. Porto: Instituto Ciências Abel Salazar.
- Serin, R., C. e Amos, N. I. (1995). The role of psychopathy in the assessment of dangerousness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 231-238.
- Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Linda-a-Velha: Vale e Vale Editores, Lda.
- Sgarioni, M. (2009). Todos nós somos um pouco psicopatas. Mentes psicopatas, o cérebro, a vida, e os crimes das pessoas que não tem sentimento. *Revista Super Interessante*, 267(7).
- Silva, D.P. (2011). Sociopatia x Moralidade, um mal antigo. *Revista Jurídica Consulex*, 347.
- Silva, M. (2014). *Experiências Dissociativas e Traumáticas, Otimismo, Esperança, Mindfulness e Autocompaixão em Pessoas com deficiência Visual*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Skeem, J. e Cooke, D. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22, 433-445.
- Smith, C. e Thornberry, T. (1995). The Relationship between Childhood Maltreatment and Adolescent Involvement in Delinquency. *Criminology*, 33, 451-477.
- Walsh, Z. (2013). Psychopathy and criminal violence: The moderating effect of ethnicity. *Law and Behavior*, 37, 303-311.
- Stinson, J.D., Becker J.V., Tromp S. (2005). A preliminary study on findings of psychopathy and affective disorders in adult sex offenders. *Int J Law Psychiatry*, 28(6), 637-49.
- Vargas, F. de, Hoffmeister, Fernanda, X.; Prates, Priscila, F., Vasconcelos, S. J. L. (2015). Depressão, ansiedade e psicopatia: um estudo correlacional com indivíduos privados de liberdade. *Psiquiatria*. 64, n.4, pp.266-271.
- Widom, C. (2003). Understanding child maltreatment and juvenile delinquency: The research. Em C. Widom, J. Wiig, C. Widom, e J. Tuell (Eds.), *From research to effective program, practice and systematic solutions* (pp. 1-10). Washington, DC: CWLA Press.

Zeller, R. A e Carmines, E. G. (1980). Measurement in the social sciences: *The link between theory and data*. Cambridge: Cambridge University Press.

## **Anexos**

Anexo I – Autorização da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) do Ministério da Justiça.

Anexo II – Consentimento Informado.